

Présentation

La politique de santé mentale : une politique de gestion des services

Volume 14, numéro 1, juin 1989

Le vieillissement (1) et La recherche psychosociale et ses enjeux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031484ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031484ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1989). Présentation : la politique de santé mentale : une politique de gestion des services. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 7–10.
<https://doi.org/10.7202/031484ar>

Présentation

La politique de santé mentale: une politique de gestion des services

Le 16 janvier 1989, Madame Lavoie-Roux dévoilait la *Politique de santé mentale* de son gouvernement. Trois mois plus tard, soit le 5 avril de la même année, les orientations du gouvernement, en matière de santé et de services sociaux, étaient divulguées dans le document *Pour améliorer la santé mentale et le bien-être au Québec: Orientations*. Ces documents faisaient suite à une longue série de travaux amorcés au début des années 1980 sous forme d'enquêtes, de commissions, de recherches et de réflexions provenant des corps professionnels et institutionnels, des syndicats, et des organismes communautaires.

Parmi les diverses tendances socio-politiques qui se manifestent dans tous ces documents, le gouvernement opte *Pour un partenariat élargi*. Ce mot-clé de la fin des années 80 désigne une politique de gestion mieux connue sous le vocable de l'«intégration des services sociaux et de santé». En continuité avec la Loi de l'assurance-maladie de 1970, cette politique vise dans les prochaines années à mieux intégrer les cinq catégories d'établissements du réseau de façon à en faire «des partenaires réunis par des règles du jeu communes». Elle vise également à leur adjoindre de «nouveaux» partenaires (les personnes, les familles, leurs proches et la communauté), afin de «réorienter le système québécois de santé et de services sociaux en santé mentale».

L'engagement du gouvernement dans la voie du partenariat élargi fait suite à une lente évolution des conditions sociales, économiques et politiques de la société québécoise. En particulier, il résulte des luttes menées depuis une dizaine d'années par les nouveaux partenaires pour faire reconnaître leurs revendications et orientations. Pensons au mouvement des ressources alternatives (Guertin et Lecomte, 1983), aux regroupements de familles (Lazure et Cousineau, 1986; Paquin-Drapeau, 1985; Sabetta, 1984) et de bénéficiaires (Dore, 1985; Letendre et Saab, 1980), sans oublier les intervenants du réseau public qui, conscients de la nécessité d'innover, ont contribué à cette transformation du système (Bergeron et Cantin, 1986; Boudreau, 1984; Leduc, 1983).

Sensibilisé à ces revendications et aux souffrances des personnes en difficulté, le gouvernement propose une politique de santé mentale porteuse d'espoirs et de changements majeurs. Cette politique mérite l'intérêt des divers partenaires en présence.

Ne pouvant aborder tous ses aspects dans le cadre de cette présentation, nous nous limiterons aux notions de la politique qui risquent d'avoir des effets significatifs sur les nouveaux partenaires (lesquels symbolisent le renouveau de l'approche en santé mentale).

Pour préparer la suite

Des idées centrales de la politique, nous retiendrons la responsabilisation individuelle, la responsabilité de l'État et la décentralisation.

Priorité à la responsabilisation individuelle

La politique repose sur la notion de santé mentale suivante: des trois dimensions de la santé mentale (biologique, psychodéveloppementale et contextuelle), «C'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser

ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel).» Même si, «tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et ainsi élargir l'action en santé mentale», la politique reconnaît à la personne même et à son réseau d'aide naturelle la responsabilité première de son propre équilibre mental.

Malgré sa valeur, cette notion de responsabilisation individuelle comporte des risques, si elle n'est associée à une notion plus globale, celle de la responsabilité sociale et collective. En effet, la priorisation isolée de la responsabilité individuelle risque de se traduire par la normalisation et l'adaptation des individus à leur milieu, sans remettre en question ni changer les conditions socio-économiques liées à la détérioration de l'état mental des individus.

Ce risque est latent dans la politique car, même s'il reconnaît que «les conditions sociales et économiques permettent le maintien et le développement de la santé mentale de la population», le gouvernement québécois ne semble pas en avoir fait une priorité, et a remis à plus tard les orientations concrètes à ce chapitre.

Pourtant un autre palier de gouvernement n'a pas hésité à reconnaître la nécessité de tenir compte de l'environnement économique et social dans son document de consultation intitulé *La santé mentale des canadiens : vers un juste équilibre* (Santé et Bien-être social Canada).

Ce document énonce la définition suivante de la santé mentale : «Elle est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale. Dans cette définition, la santé mentale est de toute évidence tributaire de la relation qui existe entre l'individu, le groupe et l'environnement»... «Devant cette dynamique, il semble normal que la définition réaffirme certaines valeurs de la société, à savoir l'égalité, la justice, le libre arbitre et la responsabilité sociale. Il n'y a pas de doute que la répartition et l'exercice équitables du pouvoir (notamment le pouvoir de modifier son propre environnement afin de favoriser un développement sain) constituent des facteurs primordiaux de la santé mentale. Tout ce qui nuit à l'interaction efficace et équitable de l'individu, du groupe et de l'environnement (comme la pauvreté, les préjugés et une mauvaise coordination des ressources) constitue une menace ou un obstacle à la santé mentale.»

Cette définition énonce clairement la nécessité de concevoir la politique de santé mentale comme une tentative de responsabilisation sociale, culturelle et économique dans le respect des différences individuelles. Il est donc étonnant de constater que le gouvernement québécois n'a pas adopté une définition de la santé mentale explicite au plan de la responsabilisation sociale et qu'il n'a pas adopté de mesures relevant de sa responsabilité à ce sujet, et de nature à inciter les partenaires du réseau public à en faire une priorité. Cette inaction est d'autant plus surprenante que le premier chapitre du document *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations* mentionne à neuf reprises, la relation négative qui existe entre le faible statut socio-économique ou la pauvreté et la santé : «La pauvreté représente plus que l'insuffisance de moyens financiers. Elle est souvent associée à la privation sociale et au manque d'instruction, d'information et à une faible estime de soi. Les personnes démunies sont en plus mauvaise santé, ont une moins bonne perception d'elles-mêmes et présentent un niveau de détresse psychologique et sociale élevé. Aussi forment-elles la majorité de la clientèle des services sociaux». De plus, d'autres organismes gouvernementaux québécois et canadiens sonnent le signal d'alarme depuis deux ans à cet égard, notamment dans les documents suivants : *Deux Québec dans un* (Conseil des affaires sociales et de la famille); *Santé et inégalités sociales* (IQRC); *The Canadian Fact Book on Poverty* (The Canadian Council on Social Development).

Cette priorisation de la responsabilité individuelle aura sûrement un impact sur l'action et le développement des ressources communautaires dont l'un des principaux objectifs est de changer les conditions socio-économiques qui facilitent l'éclosion de problèmes mentaux. Elle risque d'amener ces ressources à offrir dorénavant des services individualisés qui viseront à adapter l'individu aux conditions environnementales et non l'inverse, comme elles cherchent depuis longtemps à le faire.

La responsabilité de l'État: un monopole

Le gouvernement réaffirme dans sa politique la nécessité du monopole d'État en santé, selon les vœux exprimés par la population. Le défi pour le gouvernement est alors de conserver les acquis du système, tout en le transformant selon les nouvelles données socio-économiques. L'une de ces données est l'émergence d'un système parallèle de services (les ressources alternatives), qui s'érige progressivement en un réseau faisant compétition aux promoteurs publics.

La solution choisie est la participation intégrée au monopole de ces «nouveaux» partenaires, afin qu'ils rendent des services complémentaires au réseau public, et le fassent évoluer par leurs innovations. En contrepartie de cette intégration, le gouvernement leur offre de partager le pouvoir avec les autres établissements, notamment par la participation aux conseils d'administration, et il promet un financement triennal.

Même s'il paraît justifié dans les conditions politiques actuelles, ce choix pose certaines interrogations, vu ses risques. L'un de ces risques est que, soumises aux règles de fonctionnement et d'attribution des fonds du réseau institutionnel, les ressources communautaires soient rapidement enclines à adopter les valeurs, normes, types de services, etc., du réseau institutionnel lorsqu'elles maîtriseront ses règles de fonctionnement. Elles y verront un moyen plus rapide de survivre à la compétition, et de «grossir» comme toute institution est inévitablement amenée à le faire. N'y a-t-il pas risque que le communautaire perde alors toute son originalité et n'aide plus alors le réseau public à évoluer?

White et Mercier analysent dans le présent numéro cette question des rapports du communautaire et de l'État, par le biais des ressources alternatives et des structures intermédiaires. Leur analyse démontre que le réseau public n'est pas disposé à accepter dans toute sa complexité le réseau communautaire parce qu'«Une politique par laquelle ces ressources seraient considérées comme des alternatives réelles aux soins médicaux en santé mentale, entraînerait non seulement la perte d'un monopole dans le domaine des établissements du réseau étatique, mais aussi une perte de statut pour l'institution psychiatrique et son environnement. La reconnaissance et la promotion officielles des ressources alternatives légitimeraient implicitement les formes non médicales d'intervention dans ce qui est considéré sans équivoque comme un domaine médical».

La politique a plutôt choisi «la négation des différences entre ces deux types de ressources». Les auteures pensent que cette négation «mènera inévitablement à la promotion d'un type aux dépens de l'autre — c'est-à-dire au développement d'un modèle particulier d'intervention, à la détermination d'un secteur cible particulier dans la population, et au contrôle de l'accessibilité et de la pratique qui en vienne à limiter les choix offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux.» ... «Il n'y aura plus qu'une catégorie de ressources communautaires, et la «gamme complète» des services sera limitée conformément aux plus puissants intérêts au sein de cette catégorie. Dans le contexte de la nouvelle politique de santé mentale du Québec, on pourrait bien être en train de voir (encore) la promotion de l'uniformité et de la rigidité, au nom de la diversité et de l'innovation». L'exemple récent de l'intégration de la clinique des citoyens de St-Jacques dans un C.L.S.C. vient renforcer cette idée (Comité de citoyens de St-Jacques, 1980; Boivin, 1988).

La décentralisation

Le document *Pour améliorer la santé et bien-être au Québec: Orientations* suggère qu'«Il faut revoir en profondeur les pouvoirs et les responsabilités du palier régional de façon qu'il puisse agir comme véritable maître d'œuvre en matière de santé et de services sociaux sur son territoire. Il faut enfin faire en sorte que la population exerce désormais un rôle déterminant dans l'orientation et l'évaluation des programmes et des services.» En conséquence, le gouvernement décentralise en confiant aux régies régionales le rôle de maître d'œuvre du développement et de la gestion des services avec la responsabilité de l'allocation des budgets. Que signifie cette décentralisation pour les nouveaux partenaires?

Les régies régionales octroieront des subventions aux organismes communautaires, implanteront «progressivement des mécanismes d'évaluation qui leur permettront d'apprécier la pertinence et la qualité des différentes contributions et d'en mesurer l'efficacité et l'efficacité» et feront «Une planification triennale des dépenses et du financement» pour ces organismes.

Le chapitre sur les régions régionales laisse entendre que tous les partenaires seront dorénavant uniformément soumis au pouvoir de ces régions. Mais en sera-t-il vraiment ainsi? À ce jour, les établissements publics recevaient des montants récurrents pour couvrir leurs opérations et, selon l'usage établi, ces montants ne pouvaient être réduits, sauf pour des motifs politiques extraordinaires. Lorsque les ressources communautaires devaient recevoir des montants récurrents, il arrivait souvent qu'elles ne les reçoivent plus, pour des raisons moins extraordinaires. Est-ce que, dorénavant, les ressources communautaires profiteront des mêmes règles et coutumes que les établissements publics dans l'esprit d'un véritable partenariat?

Si tel n'était pas le cas, le réseau des cinq catégories d'établissements demeurerait le «vrai» réseau, auquel s'ajoudraient sporadiquement d'autres partenaires au gré de ses besoins. Le réseau public pourrait alors soumettre ces partenaires à des mécanismes qui contrôlèrent son développement. Le réseau étatique n'est-il pas en train d'instaurer, dans les faits, un système de sous-contractants contraire à l'esprit d'un vrai partenariat?

Conclusion

Désireux de conserver les acquis du système de santé tout en étant sensible aux diverses critiques formulées à l'égard des services en santé mentale, le gouvernement a donc fermement résolu de les améliorer dans la continuité. Par les nouvelles orientations, il instaure une dynamique propice à l'émergence d'un espace décisionnel viable pour les «nouveaux» partenaires, et au changement de son système hospitalo-centrique en un système plus communautaire. Il met donc au défi les partenaires institutionnels de transformer en profondeur leurs approches de la santé mentale.

Toutefois, le gouvernement fait silence dans sa politique sur les mesures destinées à améliorer les conditions économiques, sociales et culturelles de la population, au bénéfice d'une gestion des services centrée sur l'individu. Au lieu de permettre dès à présent une anarchie organisée à la marge du système, (c'est-à-dire un espace autonome d'expression, d'expérimentation et de créativité dans le champ social, s'appuyant sur les forces économiques et sociales des diverses régions du Québec), selon les termes de Gilles Bibeau, le gouvernement choisit de soumettre aux règles du réseau étatique les nouveaux partenaires. Le gouvernement décide de transformer son système d'une façon libérale et non d'une façon dialectique, comme l'incitait à le faire le mouvement des ressources alternatives au cours des années 70-80 (Guertin et Lecomte, 1983).

Le défi majeur qui confrontera cette politique au cours des cinq prochaines années est le suivant: peut-on, par une politique de gestion de services, donner naissance à des ressources communautaires en santé mentale originales, centrées sur le respect et la responsabilisation collective, qui sauront répondre aux besoins des plus démunis et des laissés-pour-compte de nos communautés locales?

Les lecteurs et lectrices de *Santé mentale au Québec* sont invité(e)s à venir débattre de cette question au colloque *Pauvreté et santé mentale: un silence troublant* qui se tiendra les 14 et 15 septembre 1989 à l'Université du Québec à Montréal.

Références

- Bergeron, D., Cantin, L., 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose: le «388», *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 149-172.
- Boivin, R., 1988, *Histoire de la Clinique des citoyens de St-Jacques (1968-88)*, V.L.B. éditeur, Montréal.
- Boudreau, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, Éd. A. St-Martin, Montréal.
- Comité de citoyens de St-Jacques, 1980, Comment défendre la santé du peuple ... et sa santé mentale?, *Santé mentale au Québec*, V, no. 1, 47-53.-94--95-
- Dore, D., 1985, Les murs de la psychiatrie (témoignage d'un ex-psychiatrisé), *Santé mentale au Québec*, X, no. 1, 131-4.
- Lazure, C., Cousineau, P., 1986, L'Alpabem, une association de parents de jeunes adultes avec des symptômes de maladie mentale chronique, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 95-101.
- Leduc, A., 1983, Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: foyer de groupe et appartements supervisés, *Santé mentale au Québec*, VIII, no. 1, 140-3.
- Letendre, R., Saab, C., 1980, Solidarité-Psychiatrie Inc., *Santé mentale au Québec*, V, no. 1, 41-46.
- Paquin-Drapeau, D., 1985, La famille du schizophrène, un maillon à considérer, *Santé mentale au Canada*, 33, no. 4, 7-10.
- Sabetta, Y., 1984, Étude exploratoire sur le vécu et les besoins de la famille du patient suivi en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, IX, no. 1, 169-173.